FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

THÈSE

N° 869

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

RAOELISON Seta

né en 1933, à MAINTINANDRY (Vatomandry) - MADAGASCAR

Présentée et soutenue publiquement le 1965

A PROPOS D'UN CAS DE GROSSESSE INTRAHEPATIQUE AVEC FŒTUS VIVANT A L'EXPULSION

Président : M. LACOMME, *Professeur*

Imprimerie « LA LOIRE »
16, place Jean-Jaurès
SAINT-ETIENNE
(Loire)

A PROPOS D'UN CAS DE GROSSESSE INTRAHÉPATIQUE AVEC FŒTUS VIVANT A L'EXPULSION

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1965

THÈSE

N°.....

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Université)

PAR

RAOELISON Seta

né en 1933, à MAINTINANDRY (Vatomandry) - MADAGASCAR

Présentée et soutenue publiquement le.....1965

A PROPOS D'UN CAS DE GROSSESSE INTRAHEPATIQUE AVEC FŒTUS VIVANT A L'EXPULSION

Président : M. LACOMME, *Professeur*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534905_0073

15/3/1965

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Gaston CORDIER

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR ..... Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)

	MM.
Pathologie médicale	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOFF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) DREYFUS (J.-Cl.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)

	MM.
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Bicêtre	DEPARIS (M.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicale (Broussais)	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

	MM.
Hématologie	ANDRÉ (R.) BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.) BOUR (H.) GROSSIORD (A.) LAMBLING (A.) PEQUIGNOT (H.) PERRAULT (M.) SIGUIER (F.) WORMS (R.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie	CABROL (C.)
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Physique médicale	GREMY (F.) ROUCAYROL (J.-C.)

III. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. Pr. s. ch

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.), M. FAYE
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.) QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Mlles DUROZOY (M.-F.), LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

A ma femme,

avec toute ma tendresse.

A la mémoire de mon père.

A ma mère,

A ma belle-famille,

avec toute mon affection.

A M. le Professeur LACOMME

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse,

notre respectueuse gratitude.

A mes Maîtres :

M. le Professeur agrégé GRASSET

qui a guidé la réalisation de ce travail.

M. le Docteur MÉAR

qui a aidé avec tant de bienveillance à ma formation.

Mon très profond attachement.

A mes amis

de France,
de Côte d'Ivoire,
de Madagascar.

INTRODUCTION

La répartition topographique habituelle des gestations abdominales nous a habitués aux localisations dans l'étage inférieur de l'abdomen.

Le plus fréquemment, il s'agit d'insertion aux dépens d'organes du petit bassin :

— ligaments larges ;

— cul-de-sac de Douglas ;

— parois rectosigmoïdes, utérines, vésicales.

Quelquefois sont intéressés les anses grêles, avec les dernières franges du grand épiploon, le cœco-appendice.

C'est déjà beaucoup plus rarement que le colon transverse participe à l'insertion placentaire et dans ce cas, il s'agit souvent d'un transverse antérieurement bas situé.

Ainsi, quand la rare occasion se présente de suspecter une grossesse abdominale, échappe alors à l'hypothèse la possibilité de localisations très hautes, et surtout d'insertions aux dépens de viscères pleins tels que le foie, la rate, le rein.

Or, si l'évolution de ces grossesses abdominales en viscères pleins peut être interrompue tôt par un accident hémorragique, il peut arriver aussi que l'œuf pénètre entièrement dans le viscère intéressé. Au niveau de ce dernier apparaissent alors des déformations anatomiques progressives, accompagnées de troubles fonctionnels avec ou sans retentissement sur les organes du voisinage. Dès lors, l'état pathologique de ce viscère risque de dominer le tableau clinique et de fausser dès le départ l'orientation du diagnostic.

De plus, dans ces grossesses viscérales avancées, le cycle ayant pu se continuer par la persistance de fausses règles les premiers mois avant l'installation d'une aménorrhée franche, risque de

constituer, avec l'utérus resté de volume normal, une grave cause d'erreur qui éloigne de la voie de la suspicion : on peut penser à une grossesse normale très jeune, associée à une affection hépatique, splénique, rénale, surtout si les conditions matérielles de travail ne permettent pas de demander les examens complémentaires indispensables.

C'est ainsi qu'à ABIDJAN, dans le service du Dr MEAR, nous nous sommes cru en face d'une grossesse normale de trois mois, associée à une hépatomégalie avec ascite. En fait, il s'agissait d'une grossesse localisée et développée au sein du lobe droit du foie.

Nous nous proposons dans ce travail :

de présenter cette grossesse hépatique, avec :

a) les problèmes diagnostiques qu'elle a posés ;

b) la description détaillée de la découverte opératoire.

de suggérer des considérations étiopathogéniques :

a) quelle est la nature de cette grossesse : primitive ou secondaire ?

b) comment expliquer la migration de l'œuf de la sphère génitale jusqu'au niveau du foie ?

c) comment, au contact du foie, l'œuf s'est-il maintenu en vie et est-il arrivé à se développer en plein parenchyme ?

de suggérer des remarques d'ordre clinique, de façon à

dégager les caractères particuliers de cette grossesse hépatique, tant du point de vue du diagnostic, de l'évolution, que de la thérapeutique.

PRÉSENTATION DE L'OBSERVATION

Madame A... Cécile, jeune institutrice ivoirienne de 21 ans, de race Attié, originaire d'Adzopé, est admise dans le service le 30 octobre 1962, pour le diagnostic suivant :

« Abcès du foie, aménorrhée de 2 mois et demi ».

HISTOIRE DE LA MALADIE

Mariée en août 1961, voit ses dernières règles du 18 au 24 août 1962 et croit être enceinte mais s'inquiète le mois suivant de l'apparition de :

— dyspnée d'effort de plus en plus pénible ;
— augmentation très importante du volume de son ventre par rapport à l'âge présumé de sa grossesse.

Consulte alors le médecin du poste médical d'Adzopé, qui l'évacue immédiatement sur Abidjan.

ANTECEDENTS

On retient un épisode diarrhéique de courte durée, vers le milieu de 1961, jugulé par sulfamidothérapie (Ganidan).

Au point de vue gynécologique : réglée à l'âge de 12 ans. Règles normales de 5 à 6 jours, selon un cycle invariable de 28 jours. Jamais de pertes blanches. Depuis ces dernières règles du mois d'août : aménorrhée totale.

EXAMENS CLINIQUES ET PARACLINIQUES SUCCESSIFS

I) A L'ARRIVÉE DE LA MALADE

— Etat général altéré, malade amaigrie.

— Dyspnée d'effort et de décubitus nécessitant la position demi-assise.

— Décoloration des conjonctives, pâleur des téguments, dénotant une anémie confirmée dès le lendemain par une numération globulaire qui montre 3.900.000 globules rouges au mm3.

— Hyperthermie modérée à 38°-38°4.

Mais on est surtout frappé par l'augmentation du volume de l'abdomen, évasant les bases thoraciques. Il n'y a ni infiltration œdémateuse ni circulations collatérales.

L'examen physique met en évidence :

a) *un syndrome ascite* de moyenne importance, avec un début de déplissement de l'ombilic ;

b) *une énorme hépatomégalie* faisant saillie sur le reste de l'abdomen et occupant presque tout l'étage sus-ombilical. La flèche hépatique atteint 30 cm environ, le bord supérieur remontant sous le gril costal, le bord inférieur se perdant dans l'épanchement intrapéritonéal.

La palpation appuyée est très douloureuse au niveau des derniers espaces intercostaux droits et la manœuvre de l'ébranlement est insupportable.

Ce foie, à surface lisse et régulière dans son ensemble, présente au niveau de son lobe droit, une zone ovoïde de la surface de la paume de la main, à grand axe antéro-externe, faisant voussure nettement rénittente sous la peau. La pression appuyée n'y provoque pas plus de douleur que sur le reste du foie, mais dès ce premier examen, on a l'impression de sentir le signe du glaçon.

Par ailleurs, l'échancrure interlobaire est agrandie, la palpation apprécie mieux le bord inférieur du lobe gauche également hypertrophié, à surface lisse et régulière.

c) *l'examen cardiovasculaire* montre un cœur qui bat à 112/mn au repos. On entend un souffle anorganique localisé au 4e espace intercostal G., disparaissant en position assise. L'E.C.G. est normal. La TA = 11/6. L'examen radioscopique montre

d'ailleurs une silhouette normale et confirme la négativité de l'examen clinique de l'appareil respiratoire. Les culs-de-sac costo-diaphragmatiques sont libres. Tout au plus, note-t-on une légère surélévation de l'hémicoupole droite, qui est mobile avec les mouvements respiratoires.

d) *l'examen gynécologique* montre un col à orifice punctiforme, propre, tout au plus légèrement violacé. Au T.V. ce col est mou. L'utérus, ramolli, globuleux, a un volume correspondant à celui d'un utérus gravide de 2,5 à 3 mois. Le Douglas est libre. Les culs-de-sac latéraux, difficiles à explorer à cause de l'ascite, ne semblent pas être le siège de masse latéro-utérine.

Par ailleurs, on note des signes sympathiques de la grossesse : accentuation de la ligne brune et des aréoles périmamelonnaires avec des tubercules de Montgomery.

e) *l'examen neurologique* et des enveloppes méningées, ne révèle rien d'anormal et l'examen de l'appareil digestif ne note qu'une langue à peine chargée et une nette diminution de l'appétit.

En somme, dès les premiers jours de l'hospitalisation de notre malade, nous nous trouvons en face d'une femme jeune, habituellement bien réglée :

a) qui présente, à l'interrogatoire et à l'examen clinique, tous les signes d'une grossesse intra-utérine de deux mois et demi environ ;

b) mais qui porte en outre :

— une ascite ;

— une hépatomégalie remarquable :
et par son importance,
et par cette zone à contenu liquidien à évolution antérieure.

Le tout évoluant sur un fond modérément fébrile, un gros trouble de l'état général et une accélération importante de la VS à 90 mm à la première heure, à 140 mm à la seconde heure qui, compte tenu de l'état de gravidité, nous apparaît tout de même exagérée.

Cette ascite sans œdème ni pariétal, ni périphérique, n'est pas d'origine cardiaque, étant donné l'état normal du cœur. Une origine rénale est aussi d'emblée éliminée vu le cortège clinique auquel s'ajoute l'absence d'atteinte rénale :

— ni protéinurie ;

— ni anomalie des épreuves fonctionnelles. L'urée sanguine est à 0,25 g 0/00.

Nous éliminons l'origine tuberculeuse type Fernet-Boulan ou syndrome de Hutinel :

— l'image thoracique est normale en scopie ;

— la cuti-réaction est négative même à la tuberculine 50 ;

— l'ophtalmoscopie recherchant des tubercules de Bouchut montre un FO normal.

Rechercher une origine métabolique ne semble pas indispensable dans le contexte clinique. Par contre, l'explication logique doit découler d'une relation entre cette ascite et l'hépatomégalie. On note en effet des signes d'obstruction :

— subictère,

— présence de sels et de pigments biliaires dans les urines,

— bilirubinémie élevée à 10 mg/litre.

Le manque momentané de films dans le service radiologique de l'hôpital nous met dans l'impossibilité d'explorer le cadre duodénal, les voies biliaires et les voies portales mais la conservation de la coloration des selles, la relative discrétion des signes de rétention biliaire, nous font penser à une obstruction intrahépatique.

Dès lors, cette importante hépatomégalie, expliquant l'ascite par une compression vasculaire intrahépatique, résume pour nous tout le problème diagnostique à résoudre.

L'aspect particulier de cette importante hépatomégalie avec sa zone à contenu liquidien, la fièvre quoique peu élevée, l'altération de l'état général, ne mènent à discuter le diagnostic qu'entre :

— un abcès du foie ;

— et des kystes hydatiques du foie infectés.

L'hydatidose est réputée inexistante en Côte-d'Ivoire. Mais il y a tout lieu de se méfier étant donné l'existence au complet de tous les facteurs favorisants : l'élevage de moutons et de chiens au contact desquels l'homme et les plantes comestibles sont en quasi-permanence ; l'ingestion de légumes et de salades dont la préparation risque souvent de laisser persister des souillures.

Notre malade n'a jamais présenté de phénomènes allergiques laissant supposer une rupture à la faveur de laquelle un ou quelques kystes se seraient infectés. Et si nous ne pouvons toujours pas

entamer une étude radiographique, la réaction de Casoni s'avère négative et nous éloigne de l'hypothèse de kyste hydatique du foie.

L'épisode diarrhéique noté dans les antécédents a été certes de courte durée et vite jugulé par la seule sulfamidothérapie, l'élévation thermique actuelle reste modérée en l'absence d'antibiothérapie, les examens coprologiques réitérés ne montrent même pas de simples kystes d'amibes malgré un prélèvement à chaque fois enrichi. Mais nous sommes en pays à forte endémicité amibienne et on connaît les multiples et capricieuses formes évolutives des amibiases africaines. Malgré une formule leucocytaire normale avec tout au plus 4 éosinophiles, nous nous permettons de pratiquer une ponction en pleine zone de rénittence :

— pas de pus ;

— liquide clair, presque eau de roche si l'on n'y voyait pas par transparence de rares et fines suspensions blanchâtres.

L'examen direct et la culture sur milieu ordinaire montrent que ce liquide est amicrobien et nous rassure en montrant l'absence de vésicule hydatique.

L'examen chimique par contre donne :

— rivalta : + + + ;

— albumine : 5 g p. 1 000 ;

— chlorures : 6,85 g p. 1 000 exprimés en Cl Na ;

— glucose : 0,48 g p. 1 000 ;

— ni acides, ni pigments biliaires ;

formule curieuse qui ne nous rappelle rien. Tout ce que nous en déduisons dans notre surprise, est que la zone de rénittence correspond à une poche bien enkystée, exempte de toute relation directe vasculaire ou canaliculaire avec le parenchyme hépatique.

Ce foie est pourtant le siège d'une cytolyse notable, traduite par l'élévation du taux des transmissions sériques qui, chez notre malade. n'a d'autre signification topographique :

T.G.O. = 125 U. ;

T.G.P. = 230 U. ;

avec bien :

T.G.P. > T.G.O.

Ce « kyste » de volume important, entraînant une compression intrahépatique, confirme l'origine mécanique attribuée à l'ascite

que nous n'avons pas ponctionnée. Mais le problème posé par ce foie n'est devenu que plus obscur.

II) Evolution.

Après retrait de 50 cc par cette ponction, on palpe mieux la masse dure, arrondie, qui lors du premier examen, donnait le signe du glaçon.

Sous diurétiques associés à d'autres traitements purement symptômatiques, l'ascite se résorbe partiellement et laisse l'énorme foie se dessiner sous la peau. Mais surtout, la « poche kystique » reprend du volume et augmente de jour en jour, formant une énorme voussure séssile sur la face antérieure du lobe D. La paroi se tend à son niveau.

Le 10 octobre 1962, la malade sombre dans un état de collapsus spectaculaire :

— pouls et tension imprenables ;

— extrémités glacées ;

— pâleur intense.

Le chiffre de GR est tombé à 2.800.000, alors qu'il n'y a pas d'hémorragie digestive précoce ou tardive.

Il a fallu transfusion, corticothérapie, antihémorragiques et oxygénothérapie.

Le 22 octobre, le même accident se reproduit nécessitant la même thérapeutique d'urgence.

Il n'y a toujours pas de films.

Le 29 octobre, à la faveur d'une légère amélioration, on décide d'intervenir.

L'INTERVENTION

Anesthésie générale au penthotal + éther + oxygène, avec intubation.

On pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale. On note la présence d'un liquide intrapéritonéal de même aspect que

celui retiré par la ponction du « kyste ». La face convexe du lobe droit du foie présente une volumineuse masse recouverte d'une fine membrane de coloration brunâtre.

Avant d'inciser, une nouvelle ponction est pratiquée, qui retire un liquide plus foncé que celui de la précédente ponction, mais dont la composition chimique est sensiblement identique avec seulement des traces de cholestérol en plus.

Sitôt la membrane incisée, la tête d'un fœtus sort. Ce fœtus est vivant. Il est relié par un cordon de coloration brunâtre, maigre, très court, des villosités placentaires mal individualisées. On ligature et on sectionne rapidement ce cordon au ras de ces villosités. Mais bien qu'on n'ait pratiqué aucune manœuvre dans la cavité kystique, une hémorragie en nappe se produit qui nécessite un tamponnement ; l'hémorragie réapparaît dès qu'on relâche la compression ; la cavité est bourré de nombreuses mèches que l'on s'apprête à faire sortir par une contrincision sur le bord externe du grand droit. Néanmoins, un suintement sanguin réapparaît ; la tension artérielle baisse pour remonter au bout de quelque temps. Cette amélioration ne se maintient pas, et malgré la transfusion, la respiration assistée, l'oxygénothérapie, les anti-hémorragiques (vitamine KI et adrénoxyl) associés à haute dose, la respiration et les battements cardiaques s'arrêtent. Tout en maintenant la compression dans la cavité hépatique, nous pratiquons un massage cardiaque en continuant la respiration artificielle par le ballon et le tube intratrachéal. Au bout d'une heure d'insuccès, nous concluons à la mort définitive de notre malade.

NOS INVESTIGATIONS ANATOMIQUES

Après la mort de notre patiente, nous décidons une exploration immédiate et complète du contenu abdominal en prolongeant notre laparatomie par une incision médiane sous-ombilicale descendant jusqu'au pubis.

— L'utérus, effectivement augmenté de volume, globuleux et mou, est gros comme une grosse orange. Il y a un corps jaune gravidique sur l'ovaire gauche. On ne note aucune anomalie, ni sur la face péritonéale de l'utérus, ni sur les ovaires, ni sur les trompes, entièrement libres. Intégrité, en particulier, des franges de Richard.

— Le cul-de-sac de Douglas ne contient rien d'autre que quelques

cc de liquide d'ascite. Les deux versants de chaque paramètre ont leur séreuse des plus normales.

— L'appendice est sain, ainsi que tout le cadre colique, l'anse sigmoïde et le rectum.

— L'examen à la loupe des anses grêles, centimètre par centimètre, et du péritoine, centimètre carré par centimètre carré, ne révèle aucune lésion ancienne ou récente.

— Estomac normal, rate légèrement augmentée de volume.

— Intégrité du pédicule hépatique. A part la présence du liquide d'ascite, rien d'anormal dans l'arrière-cavité des épiploons.

— Tous les trajets vasculaires sont examinés, en particulier les grandes veine mésentériques : aucune ne présente la moindre trace de lésion visible à la loupe.

On prélève utérus et annexes à la manière d'une hystérectomie totale.

Après ligature du pédicule hépatique, on prélève le foie entier en prenant soin de ligaturer les sushépatiques.

On termine en explorant les reins qui sont de volume et d'aspect normaux, et le pancréas qui ne présente aucune anomalie, avant de refermer la paroi et de rendre le corps à la famille.

A) Foie et loge kystique fœtale :

a) *Poids :*

diminué du poids du fœtus et du cordon, du poids du liquide amniotique et du sang perdu, le foie avec le reste des annexes fœtales père 2.200 grammes.

Rappelons que le poids normal est de 1.500 grammes sur le cadavre.

b) *Dimensions :*

importantes, surtout marquées par l'hypertrophie du lobe droit en quelque sorte soufflé par le kyste fœtal, en particulier dans le sens antéro-postérieur (22 cm au lieu de 16) et dans le sens transversal, donnant à l'ensemble 33 cm au lieu de 28 (voir photos).

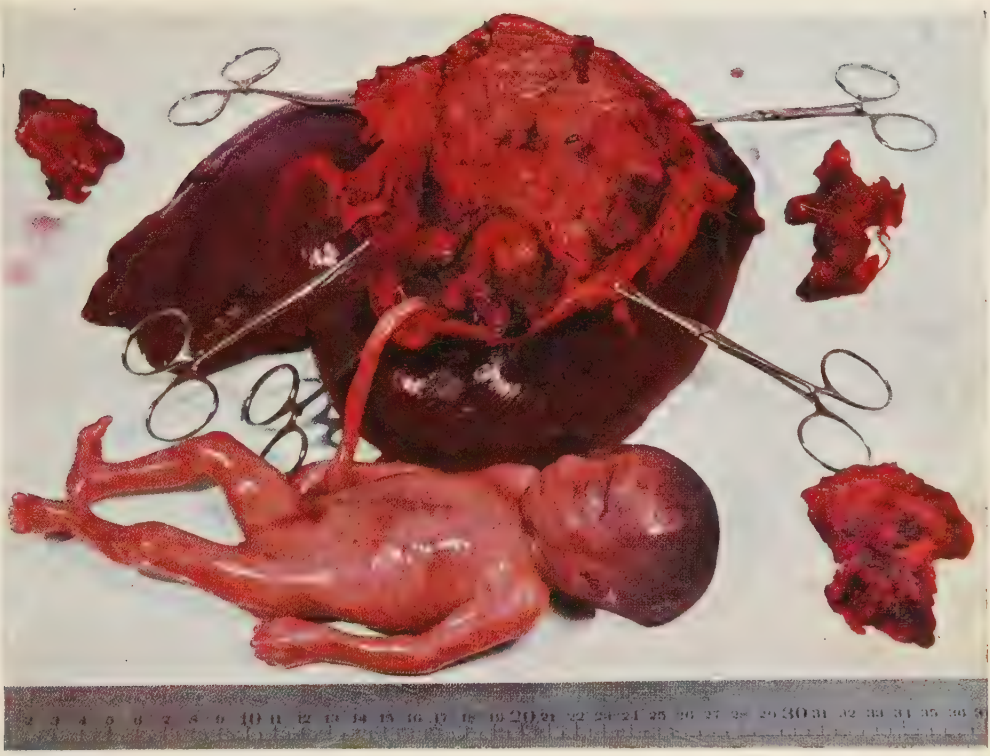


FIG. 1. — Aspect de la pièce opératoire montrant le nid creusé selon une direction antéro-postérieure dans le lobe droit du foie.

FIG. 2. — Le fœtus a été replacé dans le nid selon la position dans laquelle il se trouvait au moment de l'ouverture.

FIG. 3. — Les brèches partiellement renfermées laissent apparaître à la partie supérieure de la figure la tête fœtale.

FIG. 4. — Fœtus et foie vu par sa face inférieure.

c) *La loge fœtale :*

creusée en plein parenchyme dans ce lobe droit, présente une forme ovoïde à direction antéro-postérieure, légèrement oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors.

Le grand axe mesure 19 cm, le petit axe 11 cm.

La profondeur de la cavité, mesurée à partir de la face supérieure du foie est de 7 cm.

L'épaisseur du parenchyme, qui sépare le fond de la cavité de la face inférieure du foie, est de 2 à 3 cm.

Le placenta, plus ou moins pelotonné au fond de la cavité postéro-inférieure de l'ovoïde, présente une épaisseur de 7 à 10 mm.

L'examen histologique montre que

« *La zone d'implantation placentaire a provoqué au niveau du foie une réaction scléreuse et des phénomènes de compression assez identiques à ceux vus dans les abcès, mais ici on a notion d'un agrandissement de taille des axes vasculaires. Les villosités placentaires sont elles-mêmes normale*» (Pr. CAMAIN — Institut Pasteur de Dakar, n° 2.327-D).

L'insertion du cordon est presque marginale, au voisinage de la demi-circonférence postérieure du placenta.

Le cordon, court et maigre, ne mesure que 16 cm de long et 7 millimètres de diamètre. Avec le cordon, on arrache avec grande facilité amnios et plaque choriale, mettant en évidence les premières ramifications des vaisseaux ombilicaux. Cette plaque choriale n'adhère vraiment à la paroi hépatique de la loge fœtale qu'à partir d'une distance variable, souvent très grande, du pourtour de la zone placentaire.

Particulier est le toit du « nid » fœtal, constitué uniquement de la membrane amniotique sur une surface correspondant grossièrement à celle de la paume de la main. La capsule de Glisson ne s'y accole qu'à quelques centimètres seulement de la limite parenchymateuse de ce toit membraneux. Au niveau de ce pourtour, par endroits, la membrane amniotique se laisse cliver de la capsule de Glisson ; en d'autres, il y a véritable soudure indisséquable mais la distinction se fait aisément par la différence de couleur : foncée pour la capsule de Glisson, blanc pâle pour la membrane amniotique.

B) LE FŒTUS :

Est morphologiquement normal. Tout au plus, note-t-on un retard de la différenciation des organes génitaux externes, faisant

penser a un hermaphrodisme. Il vit trois quarts d'heure : à l'auscultation du cœur, on entend des bruits cardiaques à rythme pendulaire. Il n'y a pas de souffle.

La radiographie, pratiquée plus tard, montre un squelette normal.

Le poids est de 650 g.

La taille est de 26,8 cm (sommet-talons).

C'est donc un fœtus correspondant à celui d'une grossesse normale de 5 mois et demi environ.

C) L'utérus et ses annexes :

Pèsent en tout 210 grammes :

a) *au niveau de l'utérus :* une coupe frontale montre :

- des parois épaissies, surtout latéralement où elles atteignent 2 cm ;
- une cavité agrandie, haute de 9 cm, fermée au niveau du col avec une muqueuse épaissie, surtout au niveau du fond d'où elle émet des franges touffues vers la cavité : transformation déciduale : on n'observe ni caillot, ni la moindre suffusion hémorragique ;
- dimensions : hauteur = 10 cm,
  largeur transversale = 6 cm près du fond ;
- remarquable est la béance du canal isthmique dont le diamètre transversal atteint 0,9 cm.

b) *Les ovaires mesurent :*

longueur : 5 cm,
largeur : 2 cm,
la plus grande épaisseur : 1 cm.

Ils portent des taches blanchâtres, cicatrices d'ovulations antérieures. Pas de poche kystique.
L'ovaire gauche porte un corps jaune gravidique.

c) *Les trompes*, longues de 10 à 11 cm, ne présentent aucune altération macroscopique. Les pavillons sont normaux.

EN RESUME

Il s'agit d'une localisation intrahépatique d'une grossesse extra-utérine, chez une primipare jeune, âgée de 21 ans, opérée pour tumeur kystique de nature inconnue, sur un foie hypertrophique. L'œuf est remarquable :

I) Par l'âge qu'il a atteint jusqu'au moment où les troubles occasionnés par son développement nous ont contraints à interrompre fortuitement son évolution et à le découvrir.

II) Par son développement lui-même, entièrement intraparenchymateux car, si le toit membraneux, constitué uniquement d'amnios, n'occupait à la surface supérieure du foie, où il faisait hernie, qu'une superficie relativement minime par rapport à son volume, il ne restait plus qu'une lame de tissu hépatique très mince, de 2 à 3 cm, pour séparer le fond du « nid fœtal » de la face inférieure du lobe droit.

III) Par l'état absolument normal du fœtus si on ne tient pas compte du minime détail de configuration des organes génitaux externes.

IV) Il faut noter aussi la discordance entre l'aménorrhée qui n'était que de trois mois au moment de notre intervention (les règles ayant été auparavant absolument normales) et l'âge auquel doit correspondre le fœtus que nous avons sorti de ce foie.

CONSIDÉRATIONS ÉTIOPATHOGÉNIQUES

NATURE PRIMITIVE OU SECONDAIRE DE LA GROSSESSE

Toute grossesse abdominale suscite trois ordres de recherches en vue d'essayer d'en déterminer la nature, primitive ou secondaire, ainsi que l'étiologie.

I) Exploration détaillée des antécédents relatifs a la grossesse :

Habituellement, cette exploration exige, pour être correcte, un diagnostic établi ou tout au moins évoqué. En cas de découverte purement opératoire, l'interrogatoire doit être repris après intervention et conduit vers la recherche des signes rappelant l'accident qui aurait libéré l'œuf d'un point quelconque du tractus génital vers la cavité abdominale. D'autre part, il faut que ces antécédents n'aient pas échappé à son attention.

Dans le cas présent, l'interrogatoire, bien que plusieurs fois repris à la recherche d'un diagnostic, n'a pu être dirigé dans ce sens, faute d'avoir émis l'hypothèse de grossesse abdominale. L'inexistence de signes de rupture ou d'avortement tubaires parmi les renseignements recueillis, ne peut donc a priori donner lieu à interprétation.

II) Investigations anatomiques portant sur le tractus génital et la sphère pelvienne.

a) *Examen de l'utérus :*

Il ne s'agit pas de rupture d'utérus fragilisé par un traumatisme ou par une intervention antérieure. Il ne semble pas non

plus qu'il faille retenir la possibilité d'une greffe initiale, dans l'utérus, d'un œuf qui aurait été secondairement expulsé dans l'abdomen. La traversée successive de la portion interstitielle, de l'isthme, de l'ampoule, du pavillon, plus ensuite une migration à si grande distance, auraient été difficilement compatibles avec la survie de ce très jeune œuf.

b) *Examen des trompes :*

Leur état était absolument normal à l'examen macroscopique et à la loupe. Il est regrettable que l'examen histologique demandé n'ait pas pu être pratiqué. Nous pouvons cependant éliminer la rupture en péritoine libre d'une grossesse ampulaire ou isthmique. L'hémorragie qui en résulte est généralement importante, surtout dans l'isthmique, à cause de la lésion fréquente de la tubaire interne. D'autre part, il s'agit, dans l'un et l'autre cas, d'ouverture du sac dans le péritoine, avec ses conséquences habituelles : la mort de l'œuf.

Reste l'hypothèse de l'avortement tubo-abdominal d'un œuf initialement greffé dans la trompe. Bien qu'aucune trace macroscopique n'ait été observée, une telle implantation initiale, nous ne pouvons pas l'éliminer complètement en raison de l'absence d'examen microscopique. Cependant, en pareil cas, l'implantation secondaire de l'œuf se produit habituellement sur les organes de voisinage, dans le petit bassin. Il faudrait admettre dans le cas présent de réimplantation à très grande distance, une résistance particulièrement remarquable du jeune œuf au cours de la longue traversée abdominale. Par ailleurs, signalons ici que nous n'avons retrouvé ni cliniquement, ni anatomiquement, la trace des phénomènes qui, habituellement, accompagnent le décollement au niveau de la première implantation, c'est-à-dire : les phénomènes douloureux, l'hémorragie, et même le plus souvent des séquelles de collection sanguine.

c) *Examen des ovaires :*

Ils étaient normaux et ne présentaient aucune trace de cicatrice traduisant la rupture d'une grossesse ovarienne interstitielle, ni même de séquelles visibles d'une greffe superficielle.

Au total, si nous ne pouvons absolument éliminer le caractère secondaire de la greffe intrahépatique d'un œuf initialement greffé sur la sphère génitale, il nous est permis cependant de pen-

ser bien plutôt à un mécanisme primitif. La fécondation de l'ovule se serait produite soit à la surface même de l'ovaire, soit au niveau du pavillon de la trompe et sans qu'il y ait eu implantation locale comme le fait est habituellement évoqué, soit dans la cavité péritonéale. Le très jeune œuf, au tout premier stade de son développement, aurait eu une vitalité suffisante pour résister à la longueur du trajet jusqu'au niveau du foie.

III) Etude de l'insertion placentaire :

L'œuf était intralobaire. Le placenta se trouvait au fond du nid creusé dans le foie. Sa surface d'insertion correspondait donc à toute l'étendue de sa face maternelle. Ce qui répond bien encore aux critères anatomiques établis par Wolff en faveur d'une grossesse abdominale primitive.

MÉCANISME DE LA MIGRATION ET CONDITIONS DE SURVIE DE L'ŒUF AUX DÉPENS DU FOIE

Qu'il s'agisse d'une gestation primitive ou secondaire, le transport de l'œuf, de la cavité pelvienne jusqu'au foie, a certainement été favorisé par les mouvements de l'intestin et sans doute, par un péristaltisme accéléré dont le trajet correspond au chemin parcouru par l'œuf : anses grêles, colon ascendant, angle hépatique.

Nous retenons particulièrement l'intervention du péristaltisme colique sur un œuf parvenu au contact du colon ascendant : elle explique non seulement l'arrivée d'œuf jeune jusqu'au foie, mais aussi l'existence d'autres grossesses viscérales susmésocoliques, telles les gestations spléniques et les gestations au niveau du pôle supérieur de la loge rénale gauche.

Ici l'œuf, une fois au contact du foie, pouvait s'y implanter aussi bien à la surface inférieure qu'à la face supérieure, comme le montrent d'autres observations déjà publiées sur des cas de grossesse hépatique. Dans le cas présent, l'œuf a été probablement entraîné jusqu'à la face supérieure, grâce sans doute aux jeux en sens inverse du diaphragme et du bord antérieur du foie au cours des mouvements respiratoires. Ainsi à l'étroit entre diaphragme et foie, il a trouvé alors du côté hépatique le tissu qui se prêtait le mieux aux agressions trophoblastiques. Après érosion de la capsule de Glisson, il s'y est enfoui, poussé par le diaphragme ou le gril costal qui, par ailleurs, assurait par compression l'hémostase nécessaire. Sa survie était dès lors assurée par le contact avec le sang

maternel au sein même d'un tissu riche en matériel nutritif, en particulier en sucres.

L'œuf ainsi situé en plein parenchyme devait créer lui-même la cavité indispensable à son développement. Il y a procédé par une double action : les cellules trophoblastiques des villosités choriales continuent leurs activités destructrices (ce qu'explique l'élévation du taux des transaminases sériques, en faveur des T.G.P.), tandis que par l'augmentation de son volume, l'œuf lui-même repousse autour de lui le reste du tissu hépatique. C'est ainsi que le placenta est descendu jusqu'à 2 à 3 cm seulement de la face inférieure du foie, que l'orifice de pénétration s'est énormément agrandi à la face supérieure, permettant cette hernie amniotique, et que le foie dans son ensemble s'est hypertrophié par un phénomène d'obstruction intrahépatique sous l'effet de cette compression à point de départ intralobaire.

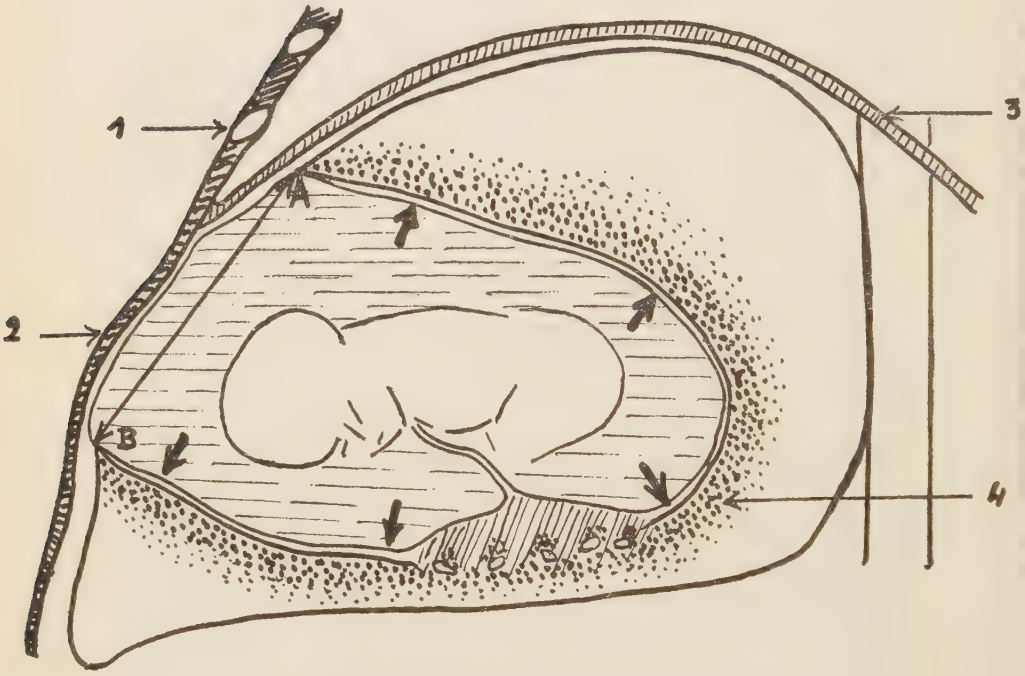
Les enveloppes ovulaires elles-mêmes ont évolué comme pour une grossesse utérine : c'est du côté du pôle superficiel que les villosités choriales ont disparu et que le sac ovulaire s'est développé. La caduque est ici remplacée par le tissu hépatique. La membrane faisant hernie est uniquement constituée d'amnios et de chorion.

Du côté du tissu hépatique, l'examen histologique a montré qu'il s'était produit autour de l'œuf une zone de réaction scléreuse, semblable à celle que l'on trouve autour des kystes hydatiques et des abcès du foie ; la circulation portale y était donc exclue et cette zone était sous la seule dépendance de l'artère hépatique et de l'artère diaphragmatique. Dans l'aire d'insertion placentaire, les vaisseaux hépatiques agrandis, béants au contact de villosités par ailleurs normales, ont réalisé entre placenta et foie un lac sanguin de fortune qui n'assurait pas moins des échanges foeto-maternels efficaces. Ce lac a été délimité au niveau de la périphérie du placenta par de fragiles adhérences amnio- chorio-hépatiques renforcées par une intime application des deux membranes contre la zone hépatique scléreuse sous la pression exercée par le liquide amniotique.

Ceci nous permet de comprendre l'importance de l'hémorragie uniquement provoquée par l'ouverture de la membrane amniotique au moment de l'intervention (voir schéma p. 36).

Mais pour arriver à pénétrer si profondément dans le tissu hépatique, l'œuf à son arrivé au contact du foie, a dû certainement présenter une agressivité considérable correspondant à celle observée dans les tout premiers jours. Ce qui nous confirme dans l'idée d'une gestation primitive.

COUPE ANTERO-POSTERIEURE PASSANT PAR LE LOBE DROIT DU FOIE MONTRANT LA LOCALISATION DE L'ŒUF.



A ⟷ B : Orifice de pénétration de l'œuf à la face supérieure du foie. Il s'est agrandi au cours du développement de l'œuf.

Les flèches : pression exercée par le liquide amniotique.

1 : gril costal.

2 : paroi abdominale.

3 : diaphragme.

4 : zone de réaction scléreuse.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

I — CARACTÈRES PARTICULIERS DES GROSSESSES HÉPATIQUES DÉJA PUBLIÉES

A) LES OBSERVATIONS

A notre connaissance, 17 cas de grossesses hépatiques ont été découverts depuis 1900. Malheureusement, tous n'ont pas été relatés en détails : 8 cas ont été simplement mentionnés par CORNELL et LASH en 1933 ; 1 par ECHOLS en 1934 ; 1 par VAN DE LOO en 1953.

Nous avons pu vérifier qu'il s'agit bien de 17 malades différentes.

En vue de l'étude clinique, nous reproduisons intégralement les 7 observations et résumés publiés.

1re obs. (1901) — Grossesse hépatique de 36 semaines.

TUHOLSKE — Résumé de JACKIN

« Multipare de 39 ans. Dans la onzième semaine de la grossesse, fortes douleurs, collapsus, pertes sanguines par le vagin. Tumeur au-dessous du foie.

La première opération dans la vingtième semaine doit être interrompue à cause d'une forte hémorragie provenant d'une lésion du foie. Lors de la seconde opération (dans la trente-sixième semaine), on extrait un fœtus vivant de 3.250 grammes ; le placenta reste en place. La malade meurt huit heures après l'opération.

A l'autopsie, la poche foetale siège entre le foie et le rein droit. Placenta inséré en partie à la face inférieure du foie, en partie au ligament coronaire ; microscopiquement, on trouve des villosités choriales dans le foie et dans le péritoine.

La trompe droite est un peu grossie ; à un centimètre de son orifice abdominal, la paroi est très amincie, infiltrée et parsemée de cellules déciduales : il y a, à cet endroit, du côté salpingien de la trompe, une petite proéminence, faisant saillie dans la lumière de la trompe et composée de cellules déciduales, d'une masse de cellules rondes, d'un tissu conectif jeune et d'anciens foyers hémorragiques. »

L'auteur en conclue que l'œuf s'est détaché dans la onzième semaine de son siège primitif, la partie ampullaire de la trompe, et qu'il s'est réimplanté au niveau du foie.

2e obs. (1906) — Grossesse hépatique de 11 mois.

SEELIGMANN — Résumé de JACKIN

« Au troisième mois de la grossesse, accidents rappelant ceux d'une grossesse extra-utérine rompue. Pourtant, 9 jours après, au toucher, Douglas et régions annexielles libres (!). Dans les mois suivants, ictère et douleurs dans la région du foie. Opération 11,5 mois après les dernières règles : poche foetale allant du foie au petit bassin. Insertion du placenta au foie et à la vésicule biliaire. Enfant macéré de 5.000 grammes et de 56 cm. Organes génitaux normaux et sans relation avec le kyste. »

La conclusion de l'auteur est qu'il s'agissait d'une grossesse tubo-abdominale primitive. JACKIN, analysant cette observation dans une étude de grossesses abdominales primitives en 1922, trouve peu probable cette conclusion de l'auteur et préfère considérer cette grossesse comme une abdominale primitive, mais, en l'absence d'examen histologique, conclut à l'incertitude du diagnostic.

3e obs. (1939) — Grossesse abdominale primitive.

VASTESAEGER et DE TOEUF

« Mme W. M. Vue à la consultation prénatale le 15 janvier 1937.

a) *Antécédents :*

— Déficience mentale

— Quatre accouchements normaux :

1er enfant atteint d'arriération mentale.
2ème et 3ème enfants sourds-muets.
4ème enfant décédé à 13 mois d'affection indéterminée.

— Règles régulières et indolores du type 28/3 depuis l'âge de 14 ans.

b) *Tableau clinique :*

— Voussure située très haut, accentuée surtout au-dessus de l'ombilic, au centre et à droite.

— Tumeur dure, mobile, lisse, arrondie, volumineuse, donnant l'impression d'une tête foetale, siégeant dans le flanc droit, au-dessous du rebord costal.

— Dans la région épigastrique, sur la ligne médiane, une autre masse de consistance ferme, descendant jusqu'au niveau de l'ombilic. Aucune autre partie foetale n'est perceptible.

— A l'auscultation :

B.D.C. audibles, quoique peu distinctement, sur la ligne mammaire droite, un peu au-dessous du rebord costal.

— Au T. V. :

— utérus légèrement ramolli, guère augmenté de volume, dépassant à peine le pubis ;
— col de forme normale et mou, un peu entr'ouvert et permet l'introduction d'un doigt ;
— annexes normales.

c) *Diagnostic :*

« Grossesse abdominale » — confirmée par radiographie qui montre l'enfant dans l'hypochondre droit le long du gril costal. Il paraît siéger entre le foie et le diaphragme, tandis que la masse épigastrique semble être constituée par le foie refoulé vers le bas.

Les urines sont normales.

Le B.G.S. est négatif.

La réaction de Zondeck et Friedman est nettement positive.

L'enfant étant vivant, nous décidons sans attendre l'intervention chirurgicale sous A.G. au chlorure d'éthyl-éther.

d) *Intervention :*

Incision médiane sus et sous ombilicale. Elle découvre directement le foie fortement refoulé vers le bas et vers la ligne médiane. Le placenta est inséré sur la face convexe. Au-dessus et à droite du foie, se trouve le kyste foetal. Incision de la poche des eaux entre deux pinces et extirpation d'un enfant de sexe masculin qui pèse 2.300 g. On le réanime assez aisément.

Ligature et section du cordon qui est très court (15 cm). On ne peut songer à enlever le placenta extemporanément : il adhère intimement au foie, par toute sa face maternelle et il se produit des hémorragies en nappe à la moindre tentative de décollement. Nous décidons de pratiquer la marsupialisation de la poche et son drainage par deux grosses mèches de gaze iodoformée.

L'enfant présente une atrophie de l'oreille (absence du conduit auditif et pavillon réduit à quelques lambeaux cutanés) et du massif maxillaire inférieur gauche.

e) *Suites opératoires :*

Mouvementées. Dès le 3ème jour, la malade fait de la température (de 39° à 41°) avec oppression, cyanose, matité et souffle à la base du poumon gauche. Ces phénomènes rétrocèdent le 6ème jour. Toutefois, la température descendue à 37° et 38° s'y maintient jusqu'au 25ème jour.

A aucun moment ,il n'y a eu de montée de lait.

De temps en temps, un frisson impressionnant fait monter la température à 40° ou 41°, il est accompagné de cyanose de la face et de pouls rapide. L'hémoculture pratiquée au moment d'un frisson par le Dr Gaspart est négative.

Vers le 24 janvier, apparition d'un ictère assez prononcé, sans prurit, mais avec décoloration des selles, d'une durée d'une huitaine de jours.

Les mèches drainent énormément de liquide séreux ou séro-sanguinolent : le pansement doit être renouvelé plusieurs fois par jour.

Durant cette période et jusqu'au 24 février, des hémorragies en nappe se répètent, anémiant la malade. A cette date, la numération des globules rouges donne 2.200.000. Nous songions à faire une transfusion sanguine, mais à partir de ce moment, la malade n'a plus saigné et son état général s'est rapidement amélioré.

Le 5 février, expulsion par le vagin d'une membrane, véritable caduque moulée sur l'utérus.

La réaction de Zondec et Friedman, pratiquée de 15 jours en 15 jours, n'est devenue négative que le 60ème jour.

Le placenta n'est éliminé que le 14 mai, près de 4 mois après l'intervention. »

4e obs. (1948) – Deux cas rares de grossesse abdominale (cas n° 2)

BILLINGTON et GOODCHILD

« Jeune femme Muganda âgée de 20 ans environ. Césarienne antérieure pour disproportion foeto-maternelle avec suites opératoires fébriles durant quelques jours. La plaie ne se cicatrise que par seconde intention.

La grossesse actuelle, sa seconde, a débuté vers janvier 1946, sans incidents les premiers mois jusqu'à l'apparition de douleurs péri-ombilicales durant une semaine en juin.

Le 1er août, nouvelles crises douloureuses le matin. La malade est hospitalisée le même jour l'après-midi.

A l'examen :

— foetus en position transversale ;
— diamètres pelviens petits ;
— les douleurs ne semblent pas être de véritables douleurs de travail.

La malade est mise en observation jusqu'au 10 août où l'on pratique une ponction du sac foetal au catheter de Drew-Smythe, qui ne ramène que du sang.

Le 14 août, laparotomie comme s'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine. A l'ouverture de l'abdomen : des membranes contenant du sang. On extrait un foetus macéré. On découvre un second sac et on y trouve un second foetus. Le placenta et les membranes adhèrent à la face inférieure du foie. L'utérus présente une déchirure au niveau de sa face antérieure et est rempli de caillots de sang. On décide une hystérectomie sub-totale. On coupe à ras les deux cordons ombilicaux et on laisse les placentas en place. On remarque qu'un placenta entoure l'autre, qu'ils sont séparés et l'on pense que les caillots trouvés à l'intérieur et autour de l'utérus venaient du sang coulant des placentas par gravité.

Mise sous pénicilline, la malade passe une bonne convalescence.

Le 30 août, une masse molle, mate à la percussion, est perçue à gauche de l'ombilic. Elle augmente régulièrement de volume jusqu'au 23 septembre : elle remplit presque tout l'abdomen, mobile, insensible. Il n'y a ni fièvre, ni leucocytose. La malade quitte l'hôpital le 26 septembre.

Un mois plus tard, la masse n'a pas varié ; l'état de la malade reste bon. Elle refuse de subir une nouvelle intervention. Depuis, on ne l'a plus revue. On pense que la tumeur était due à l'autolyse du placenta plutôt qu'à une infection.

Le Docteur J.N.P. DAVIS, du laboratoire de Kampala, étudiant les foetus et l'utérus, déclare que le jumeau mâle est plus petit et plus clair que le jumeau femelle. Le garçon pèse 2,500 kg et mesure 38 cm. Il semble ne pas présenter d'anomalies, mais l'examen n'est pas effectué au complet quand le père réclame les jumeaux. La fille pèse 2,800 kg et mesure 43 cm. L'utérus mesure 10 cm du col au fond, présente une déchirure à la partie inférieure de sa face antérieure. La pièce est soumise à l'examen du Docteur Gérald HOLMES, de l'hôpital de Mulaga, qui conclut que la déchirure était de vieille date et que c'était l'incision de l'ancienne césarienne qui ne s'était pas refermée. Entre les grossesses, elle se serait recouverte de péritoine et il est probable que l'œuf, initialement intra-utérin, soit passé, à cause de pressions croissantes, dans la cavité abdominale pour se réimplanter sur le foie. La grossesse aurait alors évolué sans incidents jusqu'à une séparation partielle d'un placenta provoquant hémorragie et douleurs abdominales à la date où la malade fut admise à l'hôpital.

5e obs. (1952) — Grossesse péritonéale avec implantation ovulaire dans le foie.

SEREBRIAKOVA et KANSHIN

La malade B., 29 ans, entre à la clinique le 13 novembre 1951, avec le diagnostic d'hydropisie de la vésicule biliaire.

Elle se dit malade depuis 1947, quand est apparue brusquement une crise douloureuse de l'hypochondre droit qui a duré une heure environ, accompagnée de nausées ; un accès analogue s'est reproduit un an plus tard. Son médecin a posé le diagnostic de cholécystite.

En août 1951, B. a commencé une grossesse ; en même temps, les douleurs de l'hypochondre droit ont repris : elles se sont répétées intenses et presque quotidiennes. Ceci motive l'indication d'un avortement thérapeutique après lequel les crises douloureuses s'interrompent, mais temporairement, pour reprendre deux semaines plus tard avec le même caractère aigu, toujours accompagnées de nausées, de vomissements, mais en plus, un gonflement du ventre. Les douleurs s'irradient dans l'épaule droite et dans le ventre jusqu'à la région inguinale droite, tandis que lors des douleurs antérieures, de telles irradiations n'avaient pas été remarquées. La malade découvre dans la partie sous-costale droite une tumeur de la grosseur d'un poing d'adulte qui augmente progressivement de volume tandis qu'elle souffre de la persistance des douleurs hypochondrales jusqu'à son entrée en clinique. Un accès semblable est d'ailleurs observé au cours du séjour en clinique, sans fièvre, ni ictère.

B. avait grandi et s'était développée normalement. Ses règles avaient commencé à 15 ans, indolores, régulières. Elle s'était mariée à 24 ans. Dans l'anamnèse : quatre grossesses, dont deux (la 1ère et la 3ème) menées à terme, accouchement normal. Deux grossesses terminées par avortement provoqué (le 1er avortement en 1949, par lavage à l'iode avec de l'alcool, suivi d'une grave septicémie).

La malade est d'une constitution normale, correctement alimentée. Téguments de coloration normale. Aucune note pathologique du côté du système ostéomusculaire et de l'appareil respiratoire. L'abdomen est assymétrique, la partie sous-costale droite présente une voussure. Paroi abdominale antérieure souple. La douleur est notée seulement dans la partie droite de l'abdomen. où l'on palpe une grosse tumeur arrondie et élastique de 10 × 15 cm environ, mobile avec le foie au cours des mouvements respiratoires profonds. Pas de signes d'irritation péritonéale, rate et rein non palpables. Miction normale, indolore. Pas de signe de Pasternatsky. A l'examen du sang, on ne note qu'une légère accélération de la V.S.H. (18 mm/heure). Urines normales.

Le 26 novembre 1951, sous anesthésie rachidienne (0,8 ml de novocaïne à 0,50 % sous D9), intervention par le chargé de cours A.Gu. Sérébriakova : ouverture de l'abdomen par incision parallèle au rebord costal droit. On découvre une quantité peu importante de sang noir, épais, sans caillots et un grand kyste émergeant de la face inférieure du foie. Ce kyste adhère à toute la surface inférieure du lobe droit ,au fond de la vésicule biliaire ; le bord antérieur du foie s'étale sur presque toute la moitié de la paroi antérieure du kyste. La vésicule biliaire est petite, à paroi souple, un peu épaissie ; on n'y palpe pas de calculs. Le long du kyste, se sont développés de gros vaisseaux qui vont vers l'endroit de sa fixation. A sa surface adhère l'épiploon qu'on ligature et résèque. On réussit alors à extérioriser sous le foie tout le kyste qui se révèle légèrement plus petit que la tête d'un adulte. Par endroits, à travers ses parois minces, on voit bien un liquide clair, légèrement jaunâtre et également le mouvement d'un corps blanc ; on réussit à distinguer un petit poignet et ensuite un pied. Il devient clair qu'il s'agit d'une grossesse abdomi-

nale avec implantation de l'œuf fécondé aux dépens du foie. La poche est ouverte à l'endroit le plus mince. Il sort près de 0,50 litres de liquide amniotique. On extrait un foetus du sexe masculin, qui vit près d'une heure : poids : 550 g, longueur : 30,5 cm. Ligature et section du cordon ombilical. Le placenta est facilement séparé du foie. Après ablation des annexes foetales, il reste à la surface hépatique d'insertion une grande cavité recouverte d'une capsule glissonnienne épaissie, friable et corrodée, rappelant un tamis. Une hémorragie importante en surgit. La cavité est refermée au catgut par rapprochement des bords comme pour le lit vésiculaire après *cholécystectomie*. La fermeture est faite sur mèches qui sortent par la plaie d'incision pariétale. Le foie lui-même est fixé au bord de la plaie obdominale. Fermeture du reste de la paroi plan par plan. Pansement et bandage de corps.

Pendant l'opération, on a transfusé 400 ml de sang à la malade. La période post-opératoire se déroule sans complications.

Le 17 décembre 1951, la malade sort en bon état. L'interrogatoire repris après l'opération nous a appris que ces derniers temps, la malade sentait parfois des mouvements dans la région de la tumeur ; mais ils étaient très peu importants et elle n'y avait pas prêté attention.

6e obs. (1956) — Grossesse hépatique.

MURLEY

« Une femme de 39 ans fut admise à l'hôpital royal de Portsmouth à 6 heures, le 19 mai 1955. A 22 heures, la veille, une très forte douleur apparut soudain à l'hypochondre droit. La douleur commença à s'étendre à tout l'abdomen et irradia à l'épaule gauche et dans le dos. La malade fut prise de nausées, mais ne vomit pas et n'émit ni urines, ni selles, ni pertes.

Avant cette maladie, sa santé avait été bonne (sauf en 1945 : un avortement). Elle avait 3 enfants : 9, 3 et 2 ans. Son appétit était régulier les deux semaines précédentes, mais elle éprouvait quelques malaises épigastriques tout de suite après ingestion de nourriture. Elle allait à la selle et urinait normalement et ne présentait pas de symptômes anormaux respiratoires ou cardio-vasculaires. La menstruation était régulière, durant 4 à 5 jours à chaque cycle de 27 ou 28 jours. Les pertes avaient tendance à augmenter ces dernières années et il y avait un léger syndrome intermenstruel. Les dernières règles allaient du 25 au L9 avril 1955.

A l'admission :

La malade était shockée et très souffrante. Sa langue était sèche et blanchâtre. L'appareil respiratoire était normal à l'examen clinique. Son abdomen était entièrement rigide et tendu partout ainsi qu'à la palpation rectale du cul-de-sac de Douglas, mais particulièrement dans l'hypochondre droit. Les bruits intestinaux étaient absents. Un ulcère pepitque fut diagnostiqué et on fit une laparotomie à 9 heures du matin le jour de l'admission.

Opération:

Une petite incision para-médiane supérieure révéla du sang noir dans la cavité péritonéale. Trois chopines de sang et d'exsudat péritonéal furent évacuées pendant l'opération. Aucune cause ne fut trouvée dans les organes abdominaux supérieurs vérifiés à travers cette première incision, et l'utérus fut estimé augmenté de volume avec tumeur de chaque côté ; le bassin contenait beaucoup de sang. Une incision abdominale para-médiane inférieure découvrait que chaque ovaire présentait de nombreux petits kystes et que l'utérus était augmenté de volume par la présence de fibrome. Les kystes furent enlevés et la recherche de l'origine de l'hémorragie fut poursuivie en agrandissant l'inci-

sion supérieure. Du sang frais fut trouvé venant de la face postérieure du foie, normalement en relation avec le rein droit. Il venait d'une tumeur globuleuse et molle de 3 cm de diamètre. La tumeur fut énucléée facilement, et l'hémorragie venant de la cavité qui en résultait dans le foie fut contrôlée en bourrant la cavité avec de la gaze « Oxycel ». Les plaies furent fermées sur drainage. Quatre flacons de sang furent transfusés pendant l'opération et la période postopératoire fut normale.

L'examen histologique de la tumeur montra une collection de villosités choriales et du tissu trophoblastique très actif.

Revue 6 mois plus tard, la malade était en bonne santé ».

7e obs. (1958) — Un cas de grossesse abdominale interrompue avec implantation de l'œuf dans le foie.

WWEDENSKY *S. P.*

« La malade M., 26 ans, arrive à l'hôpital le 26 septembre 1956 dans un état extrêmement grave.

Le 26 février 1956 soudain, après ingestion de repas, apparaissent des douleurs vives dans la région épigastrique, plus fortes à droite, mais s'irradiant dans tout l'abdomen. Les douleurs s'accompagnent de perte de conscience momentanée, de vertiges, de vomissements.

Elle avait grandi et s'était développée normalement. Elle ne se souvient pas avoir eu de maladie dans son enfance. Elle avait été réglée à 13 ans de façon normale, sans douleur. Elle s'était mariée à 24 ans et avait eu un accouchement normal.

Ses dernières règles dataient de 2 mois. Elle n'était pas allée consulter de gynécologue.

La malade a une constitution normale, est nourrie de façon satisfaisante. Elle est consciente. Elle gémit de douleur. Conjonctives pâles. Sueur froide, collante sur le front et le visage. Le pouls est faible, régulier, à 130 à la minute. La pression artérielle est à 60/40 mm de mercure. Rien à signaler du côté du cœur et des poumons.

L'abdomen est régulièrement augmenté de volume, régulièrement tendu à la palpation, très douloureux, davantage dans la région de l'hypochondre droit. Pas de mouvements péristaltiques. Le signe de Chetkine-Blumberg est très positif. A la percussion, sonorité s'estompant aux parties déclives. L'attention est attirée par l'exagération de la douleur à l'hypochondre droit.

Examen gynécologique :

Vagin d'une femme qui a accouché. Douleur et bombement du cul-de-sac postérieur. L'orifice externe du col est fermé. On ne peut pas palper les annexes et l'utérus par suite de la tension de la paroi abdominale. Il n'y a pas de pertes anormales.

Diagnostic :

Grossesse extra-utérine rompue.

Deux heures après le début de la douleur, laparotomie sous anesthésie à l'éther. Dans la cavité abdominale, grosse quantité de sang liquide et de caillots. L'utérus est augmenté de volume comme pour une grossesse de 8 à 10 semaines. Les trompes des deux côtés sont normales. L'ovaire droit est un peu augmenté de volume.

On continue l'incision plus haut : sur la face inférieure du lobe droit du

foie, on découvre une tuméfaction saignant abondamment, d'une grosseur de 7 × 7 cm environ qui bombe. La tuméfaction s'est révélée être un œuf fécondé, contenant un foetus de 3 cm. Après avoir enlevé l'œuf fécondé de la face inférieure du foie, il s'est formé une cavité de dimensions 5 × 5 cm, saignant abondamment, avec le placenta qui y avait poussé. Les bords de la cavité du foie sont rapprochés avec difficulté par suture au catgut. On fait un tamponnement avec de l'épiploon. L'hémorragie s'arrête. La cavité péritonéale est asséchée. On introduit 250.000 U de pénicilline et de la streptomycine. La paroi abdominale est refermée entièrement. La perte globale de sang a été de 2 litres environ. Pendant l'opération, il a été transfusé 700 ml de sang recueilli de la cavité abdominale (300 ml passés par voie artérielle), 1 000 ml de sérum physiologique, 40 ml de sérum glucosé à 40 %, 4 ml de solution camphrée à 20 %, 3 ml de caféine à 10 %.

Après l'opération, l'état de la malade s'est empiré progressivement et, 50 minutes après l'opération, la malade est morte.

D'après l'examen histologique du foie (assistante Zephirova), au bord de l'organe sont découverts des dépôts de fibrine et des amas de leucocytes. Ici même, on voit de typiques villosités placentaires qui confirment la localisation de l'œuf fécondé sur le foie. »

B) COMMENTAIRES

1) *Modalités d'implantation de l'œuf aux dépens du foie.*

Deux grossesses hépatiques ont été interrompues jeunes, par un accident hémorragique survenu au courant du deuxième mois pour l'une (7e obs.), mais dès la deuxième semaine pour l'autre (6e obs.). A l'intervention, l'œuf se présente comme une tumeur mollasse, saignant abondamment et faisant saillie à la face inférieure du foie. Enuclée, il laisse dans le parenchyme une cavité plus réduite que son propre diamètre.

L'implantation s'effectue donc bien par effraction de la capsule de Glisson.

2) *Siège d'implantation sur le foie et évolution de la grossesse hépatique.*

Dans les 7 cas, seul le lobe droit a été intéressé. Mais l'œuf a pu se localiser aussi bien au niveau de la face inférieure qu'au niveau de la face supérieure.

Contrairement à notre cas étudié, dans aucune de ces grossesses, l'œuf n'a franchement pénétré le lobe. Le siège superficiel rend ainsi aisée la détermination approximative du lieu d'implantation ; il suffit de situer ce dernier dans l'aire d'insertion placentaire pour les grossesses avancées. Cette insertion placentaire a pu se trouver

sur le foie, ou bien sous le diaphragme et le gril costal, ou bien contre le rein droit et la paroi postérolatérale, ou bien encore près de la vésicule biliaire, en regard de l'angle colique droit, de la première portion du duodénum. A partir de chacune de ces trois localisations, la grossesse a pu évoluer jusqu'à terme ou au voisinage du terme.

Par contre, dans les deux cas de grossesse hépatique interrompue jeune, la description faite par les auteurs montre que l'œuf s'était implanté à la face inférieure, au niveau d'une zone sans rapports anatomiques immédiats avec un organe relativement fixe.

L'évolution de la grossesse hépatique dépendrait donc essentiellement des rapports anatomiques du siège d'implantation de l'œuf, du moins dans les premiers mois : quand l'œuf jeune se trouve en contact avec le foie au niveau d'une zone relativement libre de rapports immédiats, l'évolution de la grossesse serait précaire, exposée aux risques d'hémorragie par désinsertion partielle ou par simple progression des villosités choriales encore présentes sur le pôle saculaire de l'œuf. Quand il se nide à l'étroit plus ou moins comprimé par un organe de voisinage, l'œuf adhérerait mieux au foie, les risques d'hémorragie des trois premiers mois seraient grandement atténués par la compression hémostatique relative exercée par l'organe.

II — REMARQUES CONCERNANT LES AUTRES GROSSESSES HÉPATIQUES ET CARACTÈRES PARTICULIERS DE LA NOTRE

I) DU POINT DE VUE DIAGNOSTIQUE

Mis à part les deux grossesses interrompues jeunes et de découverte opératoire au cours d'une intervention pour inondation péritonéale, les cinq autres étaient d'âge avancé et ont fait l'objet d'investigations cliniques. Le diagnostic de grossesse abdominale a pu être posé ou tout au moins évoqué grâce au cortège suivant :

— modifications du cycle et réactions biologiques positives ;

— utérus petit par rapport à l'âge présumé de la grossesse ;

— tumeur abdominale, de l'hypochondre ou du flanc droits, avec ou sans parties foetales palpables ;

— BDC^{++} au niveau de la tumeur.

La radiographie a pu confirmer la suspicion en montrant l'image du squelette foetal.

Malgré l'état avancé de la grossesse que nous étudions, plusieurs causes d'erreurs ont égaré, dès le départ, l'orientation du diagnostic :

— Déjà, on ne pense pas couramment à la possibilité de localisation hépatique : au 6^{e} mois, une simple auscultation aurait permis d'entendre les BDC à travers la paroi abdominale soulevée par la hernie amniotique.

— Ensuite, l'histoire de la grossesse et l'examen clinique ont montré : une aménorrhée franche installée quelques mois après de fausses règles que l'on a confondues avec des règles normales ; des annexes normales et un utérus gros comme pour une

grossesse au troisième mois. On a cru à une grossesse utérine débutante. Le siège de l'œuf, entièrement intralobaire, n'a laissé palper aucune partie foetale. Il a provoqué par contre une symptomatologie hépatique inhabituelle, apparemment sans corrélation avec l'état de gravidité. C'est ici que les examens radiographiques demandés pour compléter l'étude de la « tumeur kystique » du foie, seraient devenus précieux s'ils avaient pu être pratiqués. A travers le parenchyme réduit à une lame mince de 2 à 3 cm sous le grand diamètre de l'œuf, ils auraient montré nettement le foetus.

2) DU POINT DE VUE DE L'ÉVOLUTION

Notre grossesse hépatique se caractérise par son début silencieux, par son allure sournoise durant les trois premiers mois et par l'importance de la symptomatologie purement hépatique qu'elle a provoquée à partir du quatrième mois.

Laissée à elle-même, son évolution spontanée aurait été aussi fatale pour la malade, soit par insuffisance hépatique grave, soit par hémorragie consécutive à une rupture des membranes amniotiques. En effet, si une exploration complète des fonctions hépatiques n'a pu être pratiquée, on a noté tout de même des signes importants de cytolyse et d'obstruction intrahépatique ; d'autre part, la malade a présenté à deux reprises, à huit jours d'intervalle, un état de collapsus impressionnant dû soit à un désordre hydrique consécutif à notre première ponction, soit à un phénomène de faux travail.

Etant donné qu'au fur et à mesure du développement de l'œuf les dégâts hépatiques devenaient plus importants et aggravaient le pronostic, l'évolution sournoise du début conduit à poser le problème du diagnostic précoce des grossesses hépatiques : le rapprochement avec les autres observations publiées ne permet pas de retenir de signes vraiment pathognomoniques. L'attention devra être réveillée par le retard de développement du volume utérin en dépit des signes biologiques de gravidité. Elle sera portée vers le foie par la persistance et l'aggravation d'une hépatalgie contemporaine des modifications des règles, et par l'apparation d'autres signes de souffrance hépatique. Les examens complémentaires sont ici plus qu'indispensables, mais semblent d'indication délicate et d'utilité limitée :

— l'hystérographie qui prouverait la vacuité de l'utérus demande à être solidement motivée ;

— la radio simple de l'abdomen risque peu de montrer le squelette du jeune foetus à travers l'épaisseur du foie ;

— il faudrait des examens tomographiques.

3) SUR LE PLAN THÉRAPEUTIQUE

C'est le problème d'hémostase qui domine toute l'indication thérapeutique. D'une façon générale, il est déjà grave du seul fait que l'organe maternel intéressé est le foie. Dans certaines des grossesses hépatiques à localisation superficielle, la marsupialisation ou le méchage ont pu le résoudre. Ces techniques ont échoué chez notre malade. La sévérité particulière du pronostic tenait à l'étendue des dégâts hépatiques. L'indication adéquate aurait été celle d'une hépatectomie partielle réglée, emportant la quasi totalité du lobe droit : intervention irréalisable avec des moyens techniques précaires.

CONCLUSION

Si les gestations abdominales ne sont pas exceptionnelles, la localisation hépatique est une des moins fréquentes. Les quelques cas publiés intéressaient généralement la superficie du parenchyme hépatique. Celui-ci tire sa particularité du développement de l'œuf, entièrement intrahépatique et d'un fait peu habituel : foetus vivant à l'extirpation et normalement constitué.

Il s'agit très vraisemblablement d'une grossesse hépatique primitive. L'œuf serait parti de la cavité pelvienne, tout de suite après sa fécondation, à la faveur des mouvements de l'intestin et d'un péristaltisme accéléré dont le trajet correspond au sens du chemin parcouru. Arrivé ainsi à la face supérieure du foie et encore nanti de l'agressivité considérable des tout premiers jours, il a pénétré aisément le parenchyme hépatique pour en dépendre. Une circulation du type lacunaire s'est créée entre placenta et foie pour assurer efficacement les échanges foeto-maternels.

L'allure trompeuse du début de la grossesse, le siège de l'œuf entièrement intralobaire avec ses conséquences symptomatologiques, ont rendu délicate l'orientation du diagnostic qui n'a été posé qu'à l'intervention.

Quant à la gravité particulière du pronostic, elle tient à la difficulté de l'hémostase, provenant elle-même de l'importance des dégâts hépatiques, et de l'insuffisance des moyens techniques.

BIBLIOGRAPHIE

R. MERGER, J. LEVY, J. MELCHIOR. — Précis d'obstétrique — Masson et Cie — 1962.

M. LACOMME. — Pratique obstétricale — Tomes 1 et 2 — Masson et Cie — 1960.

COLLOQUE DE LA SOCIETE NATIONALE POUR L'ETUDE DE LA STERILITE ET DE LA FECONDITE. — Masson et Cie :
1960 : « Les fonctions de nidation utérine et leurs troubles ».
1961 : « La grossesse extra-utérine ».

JACKIN — Gynécologie et Obstétrique — Paris — 1922 — Tome 5, p. 492.

VASTESAEGER et DE TŒUF. — Un cas de grossesse abdominale primitive — Bruxelles Médical — 8-1-1939 — 19 — N° 10, p. 323 à 332.

BILLINGTON W.R. et GOODCHILD R.T.S. — Deux cas rares de grossesse abdominale (cas n° 2) — Brit. Med. J. 1948 — ii 787.

SEREBRIAKOVA A.G. et KANCHIN. — Grossesse péritonéale avec implantation de l'œuf dans le foie — Acoucherstwo i Guinecologiia — Moscou — Sept.-Oct. 1952.

MURLEY A.H.G. — Grossesse hépatique — M.B. Londres FRCS — 1956.

ECHOLS C.M. — Grossesse ectopique : à propos de 103 cas observés en clientèle privée — J. Amer. med. Ass. — 103 — 1934.

BARRET M.E. — Grossesse abdominale : à propos de 5 cas — Amer. J. Obstet. Gynec. — 1952 — 64 — 1061.

VAN DE LOO. — Obstr. Excerpta. med. Amst. — 1953 — 6 128.

CORNELL E.L. et LASH A.F. — Les différentes insertions placentaires dans 236 cas de grossesses abdominales. — Int. Abstr. Surg. — 1933 — p. 98.

WEDENSKY S.P. — Un cas de grossesse abdominale interrompue avec implantation de l'œuf dans le foie — Acoucherstwo i Guinecologiia — Moscou — 1958 — N° 5, 110-111.

KUSHNER et DOBRZINSKY. — Grossesse abdominale avec le placenta inséré dans la rate — Amer. J. Obst. and. Gyn. — Saint-Louis — Juillet 1946 — Vol. 52, p. 160.

MOYSTAD Hans. — Sur un cas de grossesse intra-splénique au 3e mois (travail effectué dans le service de M. le Dr FOUSSIER, chirurgien chef du Centre Hospitalier d'Oudjda (Maroc) — Thèse Paris — 1962 — N° 1222.

CARAYON, TOURNIER-LASSERVE, BOURREL et ROBERT. — Deux cas de localisation splénique d'affection tubaire à indication d'urgence (pyosalpinx rompu ectopique et nidation splénique secondaire d'une grossesse extra-utérine) (cas n° 2) — Journal Chir. — Sept. 1962 — 84 — N° 3, 225-228.

REPIN A.V. — Grossesse abdominale de 28 semaines interrompue avec implantation de l'œuf fécondé dans le hile de la rate — Acoucherstwo Guinek (Moscou) — 1962 — N° 2, 107-108.

J. MOREL et ROYET. — Implantation de grossesse ectopique au pôle supérieur de la loge rénale gauche — Observ. inédite du 5-1-1962 — C. R. d'anatomo-pathologie n° 13 du 16-1-62 — Docteur POTTON — Hôpital de Bellevue — Saint-Etienne (Loire).

BRODY S. — External migration of ovum — Obst. et Gynec. (N.Y.) — 17 — 632-633 — Mai 1961.

WWESTMANN. — Investigation into the transit of ova in man — J. Obst. et Gynec. — Brit. Emp. — 44 — 821 — 1937.

PERVES A. — La migration transpéritonéale de l'œuf. Son rôle dans l'étiologie de la grossesse extra-utérine — Thèse Paris — 1962 — 2e série — N° 945.

Vu et permis d'imprimer :

Le Président :

Pr LACOMME

Le Doyen :

Pr G. CORDIER

Le Recteur de l'Université de Paris :

Jean ROCHE.